

# GIẤY YÊU CẦU BẢO HIỂM

DÀNH CHO NGƯỜI ĐI VAY (VỚI KHOẢN GIẢI NGÂN TRÊN 1 TỶ)

Số : <<Số giấy yêu cầu bảo hiểm>>

## THÔNG TIN CÁ NHÂN

Họ tên Người được bảo hiểm:

(Viết hoa có dấu)

Ngày tháng năm sinh

Giới tính

Nam

Nữ

Số CMND/Hộ chiếu:

Ngày cấp

Nơi cấp

Quốc tịch

Nghề nghiệp:

Địa chỉ thường trú

Địa chỉ nơi ở hiện tại

Địa chỉ liên lạc

Số điện thoại liên hệ:

## THÔNG TIN HỢP ĐỒNG TÍN DỤNG

Ngày giải ngân:

Tại Ngân hàng

Thời hạn vay (tháng):

Số tiền vay đồng

Tên nhân viên tư vấn:

Mã nhân viên tư vấn

## BẢNG CÂU HỎI VỀ FATCA

Nội dung	Không	Có
Ông/ Bà là Cá nhân hoặc Tổ chức (nếu có thành viên của Hội đồng thành viên hoặc cổ đông sở hữu trên 10% vốn điều lệ hoặc số cổ phần) thuộc các trường hợp: Là công dân hoặc người thường trú tại Mỹ; hoặc sinh tại Mỹ; hoặc có Địa chỉ thường trú, địa chỉ hòm thư, địa chỉ liên lạc, gửi giữ thư tại Mỹ; hoặc có số điện thoại tại Mỹ (bất kể đây là số điện thoại duy nhất của chủ tài khoản hay không) hoặc có Yêu cầu thanh toán từ một tài khoản này sang tài khoản khác ở Mỹ; hoặc có Giấy tờ ủy quyền hiện hành cho một người với địa chỉ tại Mỹ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu câu trả lời là "Có", xin Ông/Bà cho biết cụ thể, chi tiết hơn:

## BẢNG CÂU HỎI SỨC KHỎE

STT	Nội dung	Không	Có
-----	----------	-------	----

	Cân nặng (kg):	Chiều cao (cm):		
1	Ông/Bà có hút thuốc, uống rượu, bia không? Nếu có, Ông/Bà đã hút hoặc uống trong bao nhiêu năm? Số lượng dùng trung bình một ngày là bao nhiêu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh di truyền, bẩm sinh, dị tật, khuyết tật, giảm thị lực, giảm thính lực, nói khó, nuốt khó, hay thương tật gì khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh truyền nhiễm nào không (ví dụ như: viêm gan, lao, phong, sốt rét, cúm gia cầm, SARD,...)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh cao huyết áp, bệnh mạch vành, loạn nhịp tim, đau thắt ngực, ngất, đột quy, nhồi máu cơ tim, khó thở, ho ra máu, suy tim hoặc mắc bệnh tim mạch nào khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh về gan, mật, tụy, dạ dày, tá tràng, ruột, đi ngoài ra máu, nôn ra máu, suy gan, suy tụy, xơ gan hoặc mắc bệnh đường tiêu hoá nào khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh thận, niệu quản, bàng quang, tiền liệt tuyến, rối loạn tiểu tiện, đi tiểu ra máu, phù, suy thận, hoặc mắc bệnh đường tiết niệu nào khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	+ Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh tâm thần, động kinh, não, tuỷ sống, màng não, mạch máu não, xuất huyết não, co giật, liệt, hoặc mắc bệnh hệ thần kinh nào khác không? + Ông/Bà đã từng được chẩn đoán bị và/hoặc điều trị y khoa về sa sút trí tuệ chưa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh tế bào máu, bệnh bạch cầu, thiếu máu, tan máu, chảy máu, rong kinh, suy tuỷ xương, hoặc mắc bệnh huyết học nào khác không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh tiểu đường, basedow, nhược cơ, đái tháo nhạt, hoặc mắc bệnh của các tuyến nội tiết nào khác không (ví dụ như: tuyến yên, tuyến tụy, tuyến giáp trạng, tuyến cận giáp, tuyến tụy, tuyến thượng thận, tuyến ức...)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	+ Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị khối u/ung thư, nổi hạch to bất thường không? + Ông/Bà đã bao giờ phải điều trị khối u/ung thư bằng hoá chất, tia xạ, thuốc chống ung thư, hoặc bằng phẫu thuật chưa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	+ Ông/Bà đã bao giờ sử dụng thuốc hoặc chất gì có thể gây nghiện không? + Ông/Bà đã bao giờ được xét nghiệm, chẩn đoán, điều trị bệnh gì liên quan đến HIV/AIDS không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Trong vòng 18 tháng gần đây: + Ông/Bà có phải vào viện để khám, chữa bệnh hay phẫu thuật gì không? + Ông/Bà có phải nghỉ việc, nghỉ học quá 20 ngày vì lý do sức khoẻ không?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	+ Ông/Bà có bị mắc bệnh gì phải điều trị dài ngày không?		
13	+ Ông/Bà đã từng bị hoặc đang bị mắc bệnh nghề nghiệp nào không (ví dụ như: bụi phổi, nhiễm độc, nhiễm xạ, ...)? + Ông/Bà có ý định tham gia quân đội, nghề nguy hiểm hay các hoạt động thể thao nguy hiểm không (ví dụ như: leo núi, đua xe, đua ngựa, nhảy dù...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	+ Ông/ Bà đã bao giờ bị từ chối, trì hoãn khi mua bảo hiểm nhân thọ vì lý do sức khỏe, nghề nghiệp hay vì lý do nào khác không? + Ông/ Bà đã bao giờ được miễn nghĩa vụ quân sự vì lý do sức khỏe không?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nếu có bất kỳ câu trả lời nào là “Có”, xin Ông/Bà giải thích và cho biết cụ thể, chi tiết hơn:

Xin Ông/Bà gửi kèm theo các giấy tờ y tế liên quan như kết quả chẩn đoán, kết quả xét nghiệm, đơn thuốc....(nếu có).

### CAM KẾT VÀ ỦY QUYỀN

Tôi cam kết rằng các thông tin trên đây là đầy đủ và chính xác nhất theo hiểu biết của tôi.

Tôi hiểu rõ và đồng ý rằng, Aviva có quyền yêu cầu và Vietinbank có quyền cung cấp cho Aviva các thông tin liên quan đến tài khoản, Hợp đồng tín dụng và các sửa đổi, bổ sung của Hợp đồng tín dụng cho mục đích quản lý Hợp đồng bảo hiểm của Aviva.

Tôi đồng ý để cho bác sỹ, bệnh viện hoặc các cơ sở y tế đã khám bệnh, điều trị, phẫu thuật hoặc tư vấn sức khỏe cho tôi được cung cấp cho Aviva hoặc tổ chức/cá nhân do Aviva chỉ định mọi thông tin liên quan đến sức khỏe của tôi, bao gồm cả các kết quả kiểm tra sức khỏe, ngay cả sau khi tôi bị tử vong trong các trường hợp cần thiết.

Liên quan đến yêu cầu của Đạo luật thuế đối với các chủ tài khoản nước ngoài (gọi tắt là Đạo luật FATCA) của Hoa Kỳ, tôi đồng ý rằng, nếu thuộc đối tượng chịu thuế theo yêu cầu của Đạo luật FATCA, tôi đồng ý và cam kết cung cấp đầy đủ, chính xác các thông tin sau đây cho Công ty tại thời điểm giao kết hợp đồng bảo hiểm và cập nhật thay đổi (nếu có) trong suốt thời gian hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm:

+ Số hộ chiếu hoặc chứng minh thư nhân dân hoặc giấy tờ chứng minh tôi là công dân Hoa Kỳ hoặc được phép cư trú hợp pháp tại Hoa Kỳ; Mã số thuế tại Hoa Kỳ;

+ Nơi sinh, số điện thoại liên lạc tại Hoa Kỳ; Địa chỉ liên lạc địa chỉ hộp thư tại Hoa Kỳ.

Tôi đồng ý cho Công ty được phép cung cấp các thông tin nêu trên và các thông tin liên quan đến hợp đồng bảo hiểm tính đến thời điểm cung cấp thông tin cho Cơ quan quản lý thuế vụ Hoa Kỳ, phù hợp với nghĩa vụ của người phá khai báo hoặc nộp thuế tại Hoa Kỳ.

Tôi đồng ý ủy quyền cho Vietinbank tự động trích tiền từ tài khoản..... của tôi tại Vietinbank để nộp phí bảo hiểm hoặc thay tôi đóng phí bảo hiểm theo các quy định tương ứng trong Hợp đồng bảo hiểm trong trường hợp cần thiết. Việc đóng phí này sẽ chấm dứt ngay khi Hợp đồng bảo hiểm chấm dứt hiệu lực theo các điều khoản và điều kiện được phê duyệt bởi Bộ Tài chính.

Tôi hiểu rõ và đồng ý rằng việc thanh toán khoản dư nợ theo Hợp đồng tín dụng và Hợp đồng bảo hiểm cho Ngân hàng chỉ được thực hiện với sự chấp thuận của Aviva và trên cơ sở tôi đã đóng phí bảo hiểm đầy đủ.

Tôi hiểu rằng việc cung cấp thông tin không đầy đủ và không trung thực sẽ có thể dẫn tới Hợp đồng bảo hiểm không có hiệu lực. Tôi đồng ý rằng Cam kết sức khỏe này là một phần của Hợp đồng bảo hiểm.

Ngày...tháng...năm.....(Ngày in GYCBH)

**Xác nhận của Ngân hàng /  
Nhân viên tư vấn**

**Xác nhận của khách hàng  
(Người được bảo hiểm)  
(Ký, ghi rõ họ tên)**